Ueber den Zusammenhang der Psoriasis mit Gelenkerkrankungen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

Adam Asperger

aus Tompojevci (Kroatien)

Tag der Promotion: 12. 8. 1927

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Grotjahn

Referent: Prof. Dr. Klapp
Korreferent: Prof. Dr. Bier.

Meinem lieben Bruder

Die Psoriasis ist eine chronisch-entzündliche Dermatose, deren Haupterscheinung in einer übermäßigen Schuppenbildung besteht. Ueber die Entstehungsursache dieser Hauterkrankung ist bis heute noch nichts Sicheres bekannt, so daß keine der zahlreichen bisher im Laufe der Zeit aufgestellten Theorien über die Aetiologie der Schuppenflechte allgemeine Anerkennung finden konnte.

Die Anhänger der parasitären Theorie führen zu Gunsten ihrer Anschauung die scharfe Begrenzung und die zentrifugale Entwicklung der Hauteffloreszenzen, ferner das Entstehen von Erkrankungsherden nach Verletzungen an. Zahlreich sind die Anhänger dieser Theorie, die spezifische Erreger nachgewiesen zu haben glaubten, doch wurden ihre Beobachtungen widerlegt (vergl. Hesse). Andere Vertreter der parasitären Theorie nehmen wieder ein invisibles „dermotropes" Virus an (vergl. Lippschütz).

Für die Theorie, daß die Psoriasis nervösen Ursprunges sei, wird die Tatsache angeführt, daß die Erkrankung gewöhnlich symmetrisch, vielfach bei Neuropathen und gelegentlich nach Unfall oder heftiger Gemütsbewegung auftritt. Doch bestehen über die Neuropathien und ihren Einfluß auf die Hauterkrankung keine einheitlichen greifbaren Vorstellungen.

Man hat auch den konstitutionellen Momenten viel Beachtung geschenkt und ist geneigt, der Psoriasis einen hereditär-diathetischen Charakter zuzuerkennen. Tatsächlich findet man auch in der Aszendenz und in den Seitenlinien von Psoriatikern vielfach erbliche Belastung.

Auch dem Stoffwechsel der an Schuppenflechte Erkrankten schenkte man in neuerer Zeit viel Beachtung und brachte die Hauterkrankung mit Störungen im Mineral- und Stickstoffwechsel, namentlich mit Störungen im letzteren in Zusammenhang, doch kam man zu keinem befriedigenden Ergebnis (vergl. Hesse).

Man hat auch die Schuppenflechte zuerst wohl in Frank-

reich mit dem Arthritismus in Zusammenhang gebracht und mißt auch neuerdings den Gelenkerkrankungen in ätiologischer Hinsicht viel Bedeutung bei. Das Zusammentreffen beider Erkrankungen ist schon lang bekannt; es erregte Interesse einerseits wegen der Schwere der dabei zu beobachtenden Haut- und Gelenkaffektionen, andererseits, weil man aus der Kombination beider Erkrankungen auf die viel umstrittene Aetiologie der Schuppenflechte Schlüsse ziehen zu können glaubte.

Der erste, der ausdrücklich auf das Zusammentreffen von Psoriasis und Arthropathie hinwies, war Bourdillon im Jahre 1888. Er macht Mitteilungen von 36, teils eigenen, teils aus der früheren Literatur bekannten Fällen, in denen beide Erkrankungen gemeinsam vorkamen.

Allerdings war er in der Auswahl der Fälle ziemlich weitherzig, indem er das Gebiet der Arthroapthie ziemlich weit ausdehnte. Seine Fälle betreffen nicht nur alle Grade und Stadien der Gelenkerkrankungen, sondern auch solche, bei denen es sich um vage Schmerzen, Myalgien, Neuralgien etc. handelte. Bourdillon führt beide Erkrankungen auf eine gemeinsame Grundlage, auf eine Erkrankung des Zentralnervensystems zurück.

In Deutschland war es Gerhardt, der die ersten Fälle über Kombination von Schuppenflechte und Gelenkerkrankungen veröffentlichte und sich der Ansicht Bourdillons, nämlich der einer neurogenen Grundlage beider Erkrankungen anschloß. In der Folgezeit sind dann zahlreiche, teils kasuistische, teils zusammenfassende Arbeiten erschienen, die der Frage der sogenannten Psoriasis arthropatika gewidmet waren (Eger, Peschel, Herz, Strauß, Adrian, Kugnitzky, Wollenberg, Stoffel, Wälsch, Bergmann, Nobl, Frank, Hesse, Falk usw.).

Für die Beurteilung des Zusammenhanges beider Erkrankungen muß der Beginn, Verlauf und Ausgang gemeinsam betrachtet werden und nicht nur ein bestimmtes Krankheitsstadium.

Den meisten Autoren war das zeitliche Zusammentreffen der Affektionen am auffälligsten, so ist es begreiflich, daß sie diesem Umstande den größten Wert beigelegt haben.

Was das zeitliche Verhältnis beider Erkrankungen zuein-

ander anbelangt, so fand Adrian, die 1903 vorliegenden Fälle zusammenstellend, daß die Gelenkerkrankung am häufigsten (54 Fälle) zu bereits jahrelang bestehender Psoriasis hinzutrat, in anderen Fällen (16) war die Gelenkerkrankung Vorläufer der Psoriasis. Am seltensten traten die Erkrankungen gleichzeitig auf (12). In den neueren, von Falk zusammengestellten Fällen fand sich eine gewisse Verschiebung insofern, als die Krankheit in neun Fällen mit Psoriasis, in elf Fällen mit Gelenkerkrankungen und endlich in sechs Fällen der Beginn beider Leiden gleichzeitig oder nur durch wenige Monate getrennt war.

Besonderes Interesse dürften aber von den Fällen mehr oder weniger ausgesprochenen gemeinsamen Beginnens diejenigen beanspruchen, bei denen ein gewisser Gleichklang im zeitlichen Verlauf der Haut- und Gelenkerscheinungen zu beobachten war.

So beschreibt Peschel einen Fall, bei dem die beiden Affektionen sechsmal gemeinsam recidivierten. Falk fand in der neueren Literatur von 29 Fällen 14 mit ähnlichem Verhalten, wenn auch die gemeinsame Exazerbation beider Erkrankungen nicht so weitgehend war, wie im Falle Peschels, und zwar trat die Hauterkrankung in den meisten Fällen zuerst mit einem Rückfall in der Gelenkerkrankung auf, in einer geringeren Anzahl der Fälle aber gleichzeitig mit einer deutlichen Verschlimmerung der Gelenkaffektion. (Waelsch, Frank, Nobl u. a.).

Aber diese Autoren beobachteten auch, daß spätere Psoriasis-Rückfälle vielfach mit gleichzeitigen Gelenkrezidiven einhergingen.

Von Nobl, Bergmann und Falk werden auch Fälle beschrieben, bei denen die Haut- und Gelenkerkrankungen nicht nur gleichzeitig auftraten, sondern beide Affektionen auch gemeinsam abgeklungen sind. Doch liegen auch Beobachtungen vor, die jeden Gleichklang in dem Verlauf dieser Erkrankungen vermissen lassen, bei denen sogar eine Besserung bezw. Heilung des einen Leidens beim Auftreten des anderen vorkam.

Neben dem zeitlichen Zusammentreffen verdient aber auch das örtliche Verhalten der Affektionen zueinander Beachtung. So beschreiben Nobl, Silbley, Waelsch, Falk, Fälle, in denen gleichzeitig mit der Gelenkerkrankung, den befallenen Gelenken entsprechend, typische psoriatische Hauteffloreszenzen

auftraten. Hierher gehören auch die Fälle von Groß, Pospelow und Falk, die einen gewissen Gleichklang zwischen der Größe der Störungen in den Finger- und Zehengelenken und dem Grade der psoriatischen Verunstaltungen der entsprechenden Nägel beobachteten. Deutlich tritt der örtliche Zusammenhang zwischen den psoriatischen Nagelveränderungen und der Gelenkerkrankung, besonders in den Fällen Lißmann, Wulf, Stoffel und Nobl zutage, wo entweder nur Zehen oder nur Finger erkrankt waren.

Hier traten die Nagelveränderungen immer nur den affizierten Gliedern entsprechend auf, d. h. Nagelveränderungen an den Fingern nur bei Erkrankung ihrer Gelenke und Befallensein der Nägel der Zehen, nur bei arthritischen Veränderungen in den Gelenken der Zehen, dagegen Nagelveränderungen an den Zehen z. B. bei Erkrankung der Fingergelenke oder umgekehrt nicht zu beobachten waren.

Was aber für einen Zusammenhang zwischen Gelenkerkrankung und Schuppenflechte am meisten spricht, ist die Art der Psoriasis. Die Kombinationsform beider Leiden zeichnet sich nämlich dadurch aus, daß das gewöhnliche Bild der Schuppenflechte hierbei zur Seltenheit gehört und Atypien bezüglich der Lokalisation und den übrigen Eigentümlichkeiten der Psoriasis zu den Regeln gehören. Was die Lokalisation anbelangt, so ist zunächst auffallend, daß häufig die Handteller und Fußsohlen befallen sind, Stellen, die für gewöhnlich nur selten und darum auch nur in schwereren Fällen affiziert zu sein pflegen (Waelsch, Menzen, Frank, Falk u. a.).

Vielfach werden auch Beugeseiten der Extremitäten und die Genitalien, vor allem der Penis befallen (Wollenberg, Waelsch, Frank, Nobl, Falk etc.). Außerordentlich häufig ist auch die Beteiligung der Nägel, besonders die Schwere der Nagelveränderungen ist bemerkenswert. Waelsch beschreibt Nägel, die zu turmartigen, gelbbraunen Massen angewachsen waren, Stoffel sah krallenartige, Strauß walzen- und knollenförmige, steinharte, höckrige Nägel. Aehnliche schwere Nagelveränderungen wurden auch von den übrigen Autoren beobachtet. Eine weitere Eigentümlichkeit der mit Gelenkerkrankung kombinierten Schuppenflechte ist die Tendenz der Haut-

effloreszenzen zu größeren, flächenhaften Herden zusammenzufließen, so daß oft sehr ausgedehnte Bezirke der Haut psoriatisch verändert sind (Waelsch, Frank, Buschke u. a.).

Die Schwere der Schuppenflechte prägt sich aber am deutlichsten in dem infiltrativen und exsudativen Charakter der Erkrankung aus.

Schon das Aussehen der Effloreszenzen weicht vielfach von den gewöhnlich mit trockenen, silberglänzenden Schuppen bedeckten, blaßroten Psoriasisplaques ab.

Die Schuppen erscheinen of fettig oder serös durchtränkt, lösen sich oft in großen Lamellen ab und sind vielfach von einem breiteren Erythemhöfchen umgeben, das eine, wie oben erwähnt, rote Farbe zeigt. Unter den Auflagerungen tritt eine nässende, manchmal auch punktförmig blutende Choriumfläche zutage (Nobl).

Nimmt der exsudative Charakter der Psoriasis zu, so sieht man statt der Schuppen Krusten und Borken, die auf einem nässenden Grunde liegen. Diese Fälle erinnern an Ekzem, doch kommen immer wieder alle Uebergänge zur typischen Psoriasis vor. So kommt auch Waelsch in der kritischen Wertung seiner Fälle in Bezug auf die Hautveränderung zu dem Schluß, daß es sich in einem seiner Fälle um ein typisches seborrhoisches Ekzem, in einem anderen um eine sichere Psoriasis handelte, daß aber in seinen drei weiteren Fällen kein typisches Krankheitsbild vorgelegen habe. Es handelte sich vielmehr um einen Entzündungsprozeß, „der in den verschiedenen Fällen alle Formen des feuchten und trockenen Hautkatarrhs gesondert, oder in fließenden Uebergängen oder in Kombinationen miteinander erkennen läßt".

Es kommt oft zu einer sehr charakteristischen Form der Schuppenflechte, nämlich zur Psoriasis Ostreacea oder Rupioides. Diese austernschalenartige Schichtung der bräunlichen, bröckeligen Schuppen- und Borkenauflagerungen entsteht aus dem Wechsel stark entzündlicher Zeitläufe mit Zeiten normaler Hornschichtbildung.

Waelsch hat diese austernschalenartigen Gebilde mikroskopisch untersucht und gezeigt, daß sie in der Tiefe das typische Bild der Psoriasiseffloreszenzen darbieten, in den oberfläch-

licheren Schichten ist aber eine eigenartige bandartige Streifung auffallend, die dadurch zustande kommt, daß dunklere, kernreiche Schichten von Leukozyten in Streifenform abwechseln mit helleren parakeratotischen Schichten. In den durch die Peripherie der Krusten geführten Schnitten sieht man diese bandartige Streifung von der Spitze bis zur Basis in ziemlich gleichmäßigen Abständen. In den durch das Zentrum der Effloreszenzen geführten Schnitten sieht man ungefähr ⅓ eingenommen von eingetrocknetem Exsudat mit äußerst zahlreichen Kernen, die sich schon zum Detritus umzuwandeln beginnen, erst darunter beginnt die Streifung.

Die Zapfen der Rete zeigen Akanthose und Critosen und sind durch inter- und intrazelluläres Oedem verbreitert, zwischen den Zellen sieht man gegen die Oberfläche gerichtete Leukozytenwanderung. Das Stratum granulosum fehlt, in den obersten Schichten des Stratum spinosum sammeln sich zwischen den Epithelien Leukozyten an und bilden zahlreiche kleine Pustel. Durch Vereinigung solcher benachbarter Pustelchen können größere Anhäufungen von Rundzellen entstehen, die die darüber gelegenen Hornschichten empordrängen und zerstören.

Die Entstehung dieser bandartigen Streifung war besonders im Zentrum der Effloreszenzen gut zu beobachten, indem es hier unter der tiefen parakeratotischen Schicht bereits wieder zu dichter leukozytärer Infiltration kam, die durch neuerliche Verhornung von tiefen Schichten des Epithels abgehoben wurde.

W a e l s c h führt die Entstehung dieser Hauteffloreszenzen auf den schubweisen Ablauf des Entzündungsprozesses zurück und zwar auf den Wechsel zwischen einem Stadium heftigster Entzündung mit einem Stadium der Parakeratose unter Nachlassen der entzündlichen Erscheinungen.

Auch J a d a s s o h n hebt als klinische Eigenart der rupioiden Form der Psoriasis die bis zur Eiterung gesteigerte Exsudation und die stark ausgesprochene Periodicität hervor, denn ohne den ruckweisen Wechsel zwischen Exacerbation und Abklingen des Prozesses müßten sich die Krusten gleichmäßiger und nicht austernschalenartig bilden.

Eine weitere, sonst sehr seltene Art der Schuppenflechte, nämlich die Psoriasis pustulosa, die sich durch hochgradige

seröse und leukozytäre Infiltration auszeichnet, findet man auch häufiger mit Gelenkleiden vergesellschaftet. Von dieser Psoriasisart unterscheidet man eine akute, mit heftigen Allgemeinerscheinungen einhergehende Form und eine chronische, wo sich neben typischen Psoriasiseffloreszenzen Pusteln ausbilden.

Einen Fall von akuter Psoriasis pustulosa in Kombination mit Gelenkerkrankung beschreibt Jadassohn, Fälle chronischen Verlaufs werden u. a. von Waelsch, Bergmann mitgeteilt.

Zu dieser pustulösen Psoriasis führen von den Pustel ähnlichen Anfangsstadien der Psoriasis ostracea zahlreiche Uebergänge. So fand Waelsch als Anfangsstadium dieser austernschalenartigen Gebilde scheinbare Pusteln, die einem flachen braunen, rot gefärbten Infiltrat aufsaßen.

Beim Einstechen in die Pustel entleerte sich aber kein Eiter und nicht die geringste Spur von Flüssigkeit, sie enthielt vielmehr mikroskopisch stark eitrig imbibierte parakeratotische Schichten. In dem Maße, wie sich die Effloreszenz in der Fläche ausbreitete, sank die Mitte ein, so daß eine große Aehnlichkeit zu der mit Psoriasis varioliformis bezeichneten Form der Schuppenflechte kam.

Die flächenhafte Vergrößerung der Effloreszenz ging dann mit einer bedeutenden Erhöhung der Krusten einher, die eine deutliche Schichtung erkennen ließen und an die Psoriasis rupioides erinnerten. Auch Hallopeau und Lemierre beschreiben rupia-ähnliche Schuppenauflagerungen, die zum Teil von bläschenförmigem Hof umgeben waren. Diese Bläschen enthielten aber keine Flüssigkeit, sondern eine aus mehr oder minder degenerierten Epithelien bestehende weißliche Masse. Auch Bergmann beobachtete Bläschen, die einen gelblich käsigen Inhalt hatten.

Ein weiteres Charakteristikum der mit Gelenkaffektionen kombinierten Schuppenflechte ist, daß sie vielfach die Eigenschaften der Psoriasis inverterata annimmt und jeder Therapie trotzt.

Was die Art der Gelenkerkrankung anbelangt, so sind die Meinungen der genannten Autoren hierüber sehr geteilt. Bei der Häufigkeit der Psoriasis und den Gelenkentzündungen ist die Kombination beider Leiden an sich ja nicht verwunderlich.

Das Zusammentreffen beider Erkrankungen kann nun sehr wohl auf Zufälligkeiten beruhen, doch wird auch von vielen Autoren eine charakteristische Arthritis psoriatica angenommen. Als Besonderheit dieses Krankheitsbildes wird angeführt, der Beginn der Erkrankung in den kleinen Gelenken, der überaus chronische Verlauf mit lang dauernden Remissionen, Ausgang in hochgradige Deviation und Versteifung der Gelenke, ferner oft fehlender Herzklappenfehler.

Wollenberg und Waelsch identifizieren sie daher mit der primären chronischen Polyarthritis. Doch ist die Zahl der Autoren, die sich dem zuerst von Bourdillon vertretenen und später besonders von Adrian unterstrichenen Standpunkt anschließen, daß es sich hier um eine Krankheit sui generis handle, auch sehr groß.

Zur Abgrenzung gegen die hauptsächlich in Betracht kommenden Gelenkerkrankungen, gegen die primäre chronische progressive Polyarthritis bezw. dem secundären Gelenkrheumatismus führen diese Autoren mehrere Momente an.

Gegen den secundären chronischen Gelenkrheumatismus spräche die fehlende Mitbeteiligung des Herzens und dessen Beeinflußbarkeit durch Salicylpräparate.

Doch sind aber in der Literatur die Fälle von Psoriasis arthropathica mit Herzkomplikationen und Heilungen mittels Salicyl auch nicht selten. Andererseits ist noch zu bemerken, daß die therapeutische Beeinflußbarkeit der fibrösen Form des secundären chronischen Gelenkrheumatismus mit letzteren sehr gering ist.

Von der primären chronischen Polyarthritis würden sich die psoriatischen Gelenkaffektionen durch ihren Verlauf mit scharf ausgeprägten Krisen unter der Bevorzugung des männlichen Geschlechts unterscheiden. Doch weist Falk darauf hin, daß auch bei der primären chronischen Polyarthritis ausgesprochene Krisen, acute Verschlimmerungen und Besserungen der Gelenkerscheinungen vorkommen, wenn sie auch nicht auf der Tagesordnung wären. Außerdem müßte man noch bedenken, daß vorwiegend die nicht schleichend verlaufenden Fälle dazu geeignet wären, das auffallende Zusammentreffen von Gelenk und Psoriasis Schüben zu demonstrieren und daher auch vor-

wiegend veröffentlicht wurden. Doch sind auch von Adrian, Waelsch u. a. schleichend verlaufende Fälle beobachtet worden.

Gewiß ist der Anteil der beiden Geschlechter an der Erkrankung sehr bemerkenswert. In der erwähnten Adrian'schen Zusammenstellung waren von 87 Fällen 68 Männer und 19 Frauen gewesen, das wäre ein Verhältnis von ca. 78% zu 22%. In der von Falk angegebenen Statistik hat sich dieses Zahlenverhältnis kaum geändert. In den 29 Fällen standen 22 Männern 7 Frauen gegenüber, das Verhältnis wäre demnach ca. 76% zu 24%. Da bei der primären chronischen Polyarthritis, vor allem das weibliche Geschlecht bevorzugt ist, so sind diese für die Psoriasis arthropathica gefundenen Zahlenverhältnisse gewiß sehr bemerkenswert. Falk ist der Ansicht, daß die Bevorzugung des männlichen Geschlechts noch gar nicht beweisend und man darum noch keine besondere psoriatische Gelenkentzündung annehmen müßte, da die Bevorzugung des männlichen Geschlechts für die Psoriasis feststeht und daher auch bei ihrer Kombination mit Gelenkaffektionen in Erscheinung treten müßte.

Im übrigen herrscht bezüglich der Gelenkaffektionen in den kasuistischen Mitteilungen eine ziemliche Buntheit, im Gegensatz zu der fast immer vorhandenen Einheit in der Schwere der Hautaffektion in dem Krankheitsbilde. Nobl weist daher auch ausdrücklich darauf hin, daß, wenn auch gewisse Formen der Gelenkerkrankung im Röntgenbilde immer wieder kehren, so bieten sie in ihrer Summe dennoch kein so charakteristisches Bild, daß man aus ihnen heraus gleich die Art des Prozesses herauszulesen imstande wäre.

Falk wirft daher die Frage auf, ob man überhaupt berechtigt wäre, von einem selbständigen Krankheitsbild zu sprechen und nicht nur von einer Anzahl gar nicht zusammenhängender den verschiedenen Krankheitsbildern entnommenen Fällen. Tatsache ist, daß die Psoriasis mit den verschiedensten Gelenkaffektionen kombiniert vorkommt, so sind Kombinationsformen mit typischer primärer dann auch sekundärer chr. Polyarthritis beschrieben, daneben aber auch Zusammentreffen der Hauterkrankung mit gichtischen Gelenkveränderungen (Strauß, Grube, Waelsch).

Wenn sich auch einige Fälle in keine bestimmte Krankheitsgruppe verweisen lassen, so ist das bei der großen Zahl von Atypien bei chronischen Gelenkaffektionen nicht verwunderlich. Waelsch, Jadassohn und Frank machen auch auf die außerordentliche Aehnlichkeit der Hauterscheinungen in unserem Krankheitsbilde mit den hyperkeratotischen Exanthemen bei gonorrhoischen Gelenkerkrankungen aufmerksam. Während Waelsch, Jadassohn, Schumacher und Lauter die gonorrhoischen hyperkeratotischen Exantheme von unserem Krankheitsbilde abtrennen, vertritt Falk den Standpunkt, daß der Symptomenkomplex der Psoriasis athropathica nicht nur bei einer ganzen Anzahl von Gelenkerkrankungen, einschließlich der gichtischen, auftritt, sondern auch bei den gonorrhoischen Gelenkaffektionen.

Bei einer kritischen Würdigung dessen, was in der Literatur über den Zusammenhang der Schuppenflechte mit Gelenkerkrankungen niedergelegt ist, wird man sich nicht so sehr auf Grund der Fälle, die einen gewissen Gleichklang in Bezug auf zeitlichen und örtlichen Verlauf der beiden Erkrankungen zeigen dazu entschließen, einen Zusammenhang zwischen ihnen zu konstatieren, sondern vielmehr wegen der Eigentümlichkeit der Hauterscheinungen in der Kombinationsform.

Schon vor Jahrzehnten haben Jadassohn und Nielsen darauf hingewiesen, daß gerade die schwersten Formen der Psoriasis Kombinationen mit Gelenkerkrankungen aufweisen würden, was auch in den Arbeiten jüngeren Datums immer wieder festgestellt wird. Die Schwere der Erkrankung gibt sich teils in einer mächtigen Ausbreitung und Hartnäckigkeit des Prozesses, teils — und das ist wohl das charakteristische — in einem stark exsudativen Charakter kund, was sich in den austernschalenartigen bzw. pustulösen Hauteffloreszenzen am deutlichsten ausprägt..

Das häufigere Vorkommen dieser seltenen Formen der Psoriasis bei ihren an sich sehr seltenen Kombinationen mit Gelenkaffektionen legt nahe, an einen Zusammenhang der Erkrankungen zu denken.

Woher aber dieser Zusammenhang kommt, darüber sind die Meinungen sehr geteilt, was ja bei der bis zum heutigen Tage

noch völlig ungeklärten und viel umstrittenen Theorie der Psoriasis überhaupt nicht verwunderlich ist.

Bazin und seine Anhänger führten die Schuppenflechte und die Gelenkentzündungen auf eine Diathese, Arthritismus zurück. Diese Theorie wurde dann aber verlassen und für beide Krankheiten eine gemeinsame Ursache und zwar eine Erkrankung des Zentralnervensystems angenommen. Diese Theorie wurde besonders von Bourdillon, Adrian, Kuznisky u. a. vertreten und fand viele Anhänger. In neuerer Zeit wurde auch sie aufgegeben und der Neißerschen parasitären Theorie das Wort geredet.

So glaubt Waelsch, daß es sich bei der Psoriasis Arthropathica möglicherweise um eine Erkrankung infektiöser Natur handelt, in deren Gefolge auf toxischem Wege Exantheme auftreten können.

Für toxische Wirkungen bei der Erkrankung spräche auch die zumeist vorliegende hochgradige und rasch einsetzende Cachexie der Kranken, die zu der vorliegenden Gelenkerkrankung in keinem Verhältnis stünde.

An eine infektiöse Grundlage des Leidens denken u. a. auch Bergmann und Nobl.

Für diese Annahme sprechen die oft von Fieberanfällen begleiteten Haut- und Gelenkschübe.

Interessant ist mir Falks Auffassung. Er bringt unser Krankheitsbild in Verbindung mit dem, was über die traumatische Psoriasis bekannt ist und hält es für einen Spezialfall dieser Erkrankung, „wobei man vielleicht im wesentlichen, die allgemeinen, mit Gelenkattacken gleichzeitigen Psoriasisschübe als Allgemeinreaktion die Lieblingsreaktion in der Nähe der befallenen Gelenke als Lokalreaktion, sowie deren eigenartigen Charakter der einzelnen Psoriasisplaques als Herdreaktion auf den durch eine Gelenkerkrankung hervorgerufenen Reiz auffassen könnte".

In letzter Zeit sind auch in der Bier'schen Klinik von Prof. Klapp und Dr. Richter wichtige Zusammenstellungen von Psoriasis in Verbindung mit Gelenkaffektionen in Bearbeitung, die in nächster Zeit veröffentlicht werden und mir liebenswür-

digerweise von beiden Herren zur Verfügung gestellt worden sind.

Besonders interessant bei den bisher aufgestellten 12 Fällen ist die in allem fast eindeutig festgestellte Wechselbildung zwischen Psoriasis und Gelenkerkrankungen. So hatte sich zum Beispiel gezeigt, daß bei einigen Fällen mit der Besserung der Psoriasis eine Verschlimmerung der Gelenkschmerzen auftrat, in einigen anderen Fällen wieder setzte mit der Verschlimmerung der Psoriasis, die meistens im Frühjahr und Herbst auftritt, gleichzeitig eine Verschlimmerung der Gelenkerkrankung ein.

Fall 1:

Befund:

J. P. Pat.: Mittelgroß, kräftig, in gutem Ernährungszustand.

Kopf und Hals: o. B.

Brustkorb: symmetrisch, faßförmig, weiter epigastrischer Winkel.

Lunge: die untere Grenze nur wenig verschieblich, Klopfschall voll, in der unteren Partie leicht tympanitisch, Atemgeräusch überall vesikulär.

Herz: Grenze nicht verbreitert, Töne rein, A 2 etwas akzentuiert. Aktion regelmäßig.

Bauch: -Decken weich, Leber und Milz nicht fühlbar.

Gliedmaßen: am linken Schienbein, dicht unterhalb der Krista tibiae an der Verletzungsstelle handtellergroßer mit bis fingerdicken Schuppen bedeckter psoriatischer Herd auf entzündlich gerötetem nässendem Grund, linkes Kniegelenk leicht oedematös und unförmig. Beweglichkeit um 50% beschränkt.

Z. N. S.: Pupillen reagieren prompt auf L und C.

P. S. R.: normal.

A. S. R.: normal.

Vorgeschichte:

Familie: Keine Anhaltspunkte für eine familiäre Belastung.

Selbst: Pat. ist 65 Jahre alt, Schlächter von Beruf, in der Jugend keine ernstlichen Erkrankungen. Im Jahre 1904 verletzte sich Pat. am linken Schienbein dicht unterhalb der Krista tibiae. Nach 14tägiger Ruhigstellung vollständig geheilt. 1913 trat an der Verletzungsstelle ein schuppenartiger Ausschlag auf, dessen Grund entzündlich gerötet war und leicht näßte. Der Arzt stellte damals die Diagnose: Schuppenflechte und behandelte sie mit Chrysarobin und Moorbädern. Nur leichte Besserung wurde dadurch erzielt.

Da der bis handtellergroße psoriatische Herd trotz seines exsudativen Charakters den Pat. nur wenig in seiner Tätigkeit beeinträchtigte, ließ er sich nicht behandeln. Seit dem Ende des Jahres 1925 klagt Pat. über Schmerzen im linken Kniegelenk, also am Bein der Verletzung und

Psoriasis. Bei der Verletzung im Jahre 1904 soll auch das Knie in Mitleidenschaft gezogen worden sein. (Nähere Angaben sind darüber nicht zu ermitteln.) Nach Angaben des Patienten haben die Beschwerden im Knie mit leichter Entzündung, Schwellung und Rötung, ziemlicher Schmerzhaftigkeit und Fieber begonnen.

Nach Behandlung mit Diathermie gingen die Schmerzen und die entzündliche Schwellung zurück, verschwanden aber nicht ganz. Im Laufe des Jahres 1926 wechselten die oben beschriebenen Gelenkbeschwerden öfters. Nach zeitweiser Besserung traten wieder Perioden der Verschlimmerung auf. Wegen dieser Gelenkbeschwerden besuchte der Kranke die hiesige Klinik und gibt an, daß die Beweglichkeit im Knie in letzter Zeit beträchtlich abgenommen und er dabei keine Schmerzen habe.

Behandlung hier mit Psoralbädern. Durch diese Behandlung verschwand die Schuppenflechten-Effloreszenz. Die Gelenksteifigkeit ging gleichzeitig rapide zurück.

Fall 2.

Befund:

A. M., kleine, kräftige, etwas adipoese Frau.

Kopf und Hals: o. B.

Haut: trocken, atrophisch, über den ganzen Körper flächenhafte Ausbreitung von Psoriasis-Effloreszenzen. Hauptsächlich befallen sind die Streckseiten an den Armen und Beinen, an Ellenbogen und Knie. Die Schuppenflechte zeigt in diesem Combinationsfalle eine Abweichung von der gewöhnlichen Psoriasis, indem statt Schuppen Krusten und Borken auf stark nässendem Grunde das Krankheitsbild beherrschen. Die Beweglichkeit der befallenen Gelenke ist sehr herabgesetzt, die Muskulatur ist atrophisch. Die Fingergelenke zeigen Deformitäten, Kontraktionsstellungen und Ankylose-Bildung. Pat. macht einen fast hilflosen Eindruck.

Brustkorb: mäßig gewölbt, symmetrisch.

Lunge: Grenze gut verschieblich. Klopfschall hell. Atemgeräusche vesikulär.

Herz: Grenzen links ein Querfinger außerhalb der Medioclavicular-Linie, rechte Grenze: rechter Sternalrand. Ueber der Herzspitze leises systolisches Geräusch. Aktion regelmäßig.

Bauch: -Decken weich, Leber und Milz nicht palpabel.

Z. N. S.: Pupillen reagieren prompt auf L. und C.

P. S. R.: lebhaft.

A. S. R.: normal.

Vorgeschichte:

Familiengeschichte: o. B.

Selbst: 48 Jahre alt, Dienstfrau, unverheiratet, als Kind: Masern und Scharlach, Inf. Vener. neg. Mit 16 Jahren I. Regel, kein Partus, kein Abort, seit 1924 Menopause. Seit 1900 hat die Kranke eine Schuppenflechte. Im Jahre 1903 kam noch ein Gelenkleiden hinzu. Die Gelenkerkrankung ist

charakterisiert durch ihre Periodizität. Es gab Zeiten, in denen fast keine Beschwerden vorhanden waren. Dann wieder traten ohne erkenntliche Ursache in den veschiedensten Gelenken, hauptsächlich in den kleinen Gelenken an Hand und Fuß unter Temperaturanstieg Schwellungen auf. Die Gelenke waren dabei sehr schmerzhaft und entzündlich gerötet.

Sowohl die Haut als auch die Gelenkerkrankung zeigte einen ausgesprochen chronischen Verlauf, recidivierten und klangen vielfach gemeinsam ab. Salizyl gegenüber verhielten sich die Gelenke refraktär, während im ersten Fall Salizyl zuerst gewirkt hat, später aber auch versagte. Im Laufe der letzten 2 Jahrzehnte wurde Pat. mit allen möglichen Mitteln behandelt, aber fast ohne jeden Erfolg. Pat. meint, daß zwischen den Gelenkschmerzen und der Schuppenflechte ein Zusammenhang bestehen muß, denn jeder neuen Exacerbation sowie Remission der Gelenke ging eine Verschlimmerung bezw. eine Besserung der Haut-Affektion parallel. Keine Medikation konnte den progredienten Verlauf des Gelenkleidens aufhalten. Seit 1924 verschlechterte sich das Krankheitsbild insofern, als mit der weiteren Ausbreitung der Psoriasis auch eine Zunahme der Gelenksteifigkeit sich bemerkbar machte.

Ein Fall ist noch besonders zu erwähnen, bei dem jahrelange Gelenkerkrankungen bestanden haben, die mit dem plötzlichen Auftreten der Psoriasis fast schlagartig verschwanden.

Die kritische Wertung der von mir beobachteten Fälle ergibt, daß sich im allgemeinen die Arthropathie in der Combinationsform mit der Psoriasis dadurch auszeichnet, daß in der Regel nach längerem Bestehen der Psoriasis mit akuter oder subakuter mit Schüben wiederkehrenden und mit Fieber, Schmerzen und Schwellungen der Gelenke unter neuen Eruptionen des Hautleidens beginnt, daß sie sich mit diesem bessern bezw. verschlimmern.

Allmählich können sich daraus Deformitäten schwerster Art — wie in dem von mir angegebenen 2. Fall — bilden, welche zu dauernden Gelenksteifigkeiten zu führen vermögen.

Seltener nehmen die Arthropathien von vornherein einen mehr chronischen Verlauf ohne akute Schübe und ohne Perioden der Besserung. In den akuten und subakuten Stadien ähnelt das Krankheitsbild am meisten dem sekundär-chronischen Gelenkrheumatismus, unterscheidet sich aber von diesem dadurch, daß die entzündlichen Erscheinungen geringer sind und daß die Krankheit meist nicht so günstig verläuft, sondern die Tendenz zeigt, in einen chronischen Zustand mit schweren Deformitäten

überzugehen, und ohne die bei akuten Gelenkrheumatismus so häufigen schweren Herzfehler zur Folge zu haben.

Meiner Meinung nach geht Bourdillon zu weit, wenn er aus den klinischen Erscheinungen, dem Aussehen und den Funktionsstörungen der erkrankten Gelenke beweisen will, daß die psoriatischen Gelenk-Affektionen andere sind als die durch den sekundär-chronischen Gelenkrheumatismus, primär-chronischen progredienten Arthropathie, Arthritis-deformans, Gicht und ähnlichen Krankheiten gesetzten Veränderungen, ebenso, wenn Bazin alles im Interesse der Spezificität aus der Form des Auftretens, aus der Morphologie des Ausschlages bei Psoriasis, z. B. bei der Psoriasis ostracea und Rupioides, wie sie sich auch in dem von mir beschriebenen 2. Fall präsentiert, das zukünftige Eintreten einer Arthropathie vorhersagen zu können glaubt.

Man sieht, daß die Krankheit, sobald sie in das chronische Stadium übergetreten ist, sich kaum von der typischen Arthritis-deformans unterscheiden läßt.

Beide Autoren nehmen auf Grund dieser interessanten Beobachtung eine Wechselbeziehung zwischen der Haut und den Gelenken an.

Zum Schluß möchte ich noch erwähnen, daß bei einem nicht allzu geringen Prozentsatz Psoriasis-Kranker Magen-Darmstörungen vorhanden sind, die entweder der Psoriasis vorausgingen oder gleichzeitig mit ihr auftraten. Gleichfalls wurde die Beobachtung gemacht, daß nach der Besserung der Magen-Darmstörungen öfters auch eine Besserung der Psoriasis eintrat.

Die in letzter Zeit von Unna und besonders E. F. Müller erschienenen Arbeiten über die Biologie der Haut haben wichtige Aufschlüsse über die engen physiologischen Beziehungen zwischen Haut, autonomem Nervensystem und Splanchnicusgebiet ergeben. Die Arbeiten E. F. Müllers zeigten, daß die Gefäße der Haut und des Splanchnicus-Lebergebietes einer gemeinsamen vegetativen Regulierung unterliegen.

Beide Gefäßgruppen zeigen in Ruhe ein „allerdings nur in gewissen Grenzen konstantes, sympathisch-parasympathisches Gleichgewicht".

Kommt es durch Reize irgend welcher Art zur Reaktion eines Gebietes, so reagieren Haut- und Lebergebiet in Bezug auf

Leukocytengemenge und Permeabilität der betreffenden Gefäße stets einander entgegengesetzt. So rufen unspezifische intrakutane Injektionen, intravenöse Peptoneinspritzungen etc. eine Verengerung der Hautgefäße und einen Leukocytensturz in der Peripherie hervor, während die Gefäße des Splanchnicus-Lebergebietes erweitert sind.

Der experimentelle Leukocytensturz im Lebergebiet geht nun umgekehrt mit einer Erweiterung der Gefäße in der Haut, Leukocytose in der Peripherie und einer Verengerung der Gefäße im Splanchnicus-Lebergebiet einher.

E. F. Müller gelang es auch in gemeinsamer Arbeit mit Bucky durch Röntgenbestrahlung der Haut eine Beeinflussung der Splanchnicusgefäße zu erreichen.

Die Tatsache eines gesetzmäßigen Ausgleiches zwischen Haut- und Splanchnicusgebiet auf jeden Reiz hin stellt nach E. F. Müller eine neue Grundlage dar, auf welcher eine weitere Erforschung der physiologischen Beziehungen zwischen Haut und inneren Organen, d. h. Stoffwechsel, zu erfolgen hat.

Erst nach Klärung der physiologischen Verhältnisse können die pathologischen Zustände, d. h. der Zusammenhang von Hauterkrankungen und Stoffwechselstörungen erfolgen. Vielleicht werden sich durch die Ventilierung dieser Fragen auch für die Psoriasis und andere Hautkrankheiten neue Gesichtspunkte ergeben, die uns in Aetiologie und Wesen der Erkrankung näher eindringen lassen.

Ueberblickt man nun all das, was über das Verhältnis von Psoriasis zu Gelenkerkrankungen bekannt ist, so wird man sich zweifellos dazu entschließen müssen, einen Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen anzunehmen.

Worin aber dieser besteht, ist heute noch nicht eindeutig zu entscheiden. Noch immer stehen sich zwei Anschauungen gegenüber, die eine, die beide Erkrankungen auf bakteriell-toxische Einflüsse, die andere, die sie auf eine Erkrankung des Nervensystems zurückführt.

Literatur.

Adrian: „Ueber Arthropathia psoriatica", Mitteilungen aus dem Grenzgebiet der Med. und Chirurgie.

Bergmann: „Ueber Psoriasis und Gelenkerkrankungen", Dissert., Berlin 1913.

Bettmann: „Zur Aetiologie der Psoriasis". Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 23, 1922.

Bourdillon: „Psoriasis et Arthropathies". These de 1888 Paris Nr. 328. Zit. nach *Waelsch* und *Bergmann.*

Buschke und *Matthissohn:* „Systematische Lepomatosis". Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band 120, 1914.

Eger: „Ueber das Verhältnis der Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen". Berlin. Klin. Wochenschrift 1895, Nr. 27.

Falk: „Psoriasis arthropothica". Archiv für Dermatol. und Syphilis, Bd. 129, J. 1921.

Frank: „Ueber universelle Psoriasis mit multipler Arthritis psoriatica". Dissert. Erlangen 1910.

Gerhardt: „Ueber das Verhältnis der Schuppenflechte zu Gelenkerkrankungen". Berl. klin. Wochenschrift 1894.

Grube: „Ueber Psoriasis im Zusammenhang mit Gicht und Diabetes". Berl. Klin. Wochenschrift, 1897, Nr. 52.

Hallopeau und *Lemièrre::* Zit. nach *Waelsch.*

Hessa: „Ueber Aetiologie der Psoriasis". Archiv für Dermatol. und Syphilis. Band 146. 1924.

Jadassohn: „Ueber Atypien bei Psoriasis vulgaris". Berl. Klinik 1897, Heft 113.

— „Psoriasis und verwandte Krankheiten". Med. Klinik 1915, Nr. 39 u. 40.

Kuznizky: „Aetiologie und Pathologie der Psoriasis". Archiv für Dermatol. u. Syphilis, Bd. 38, 1897.

Lipmann-Wulf: „Zur Frage der Beziehungen der Psoriasis zu Gelenkaffektionen". Dermat. Zeitschrift. 10, 1903.

Lippschütz: „Untersuchungen über die Psoriasis vulgaris". Archiv für Dermatol. und Syphilis. Bd. 127, 1919.

Menzen: „Ueber Gelenkerkrankungen bei Psoriasis". Archiv für Dermatol. und Syphilis. Bd. 70, 1904.

Morgenstern: „Arthritis psoriatica und Psoriasis bei Gelenkerkrankungen". Wiener Archiv für innere Medizin, Bd. XII, Heft 2, 1926.

E. F. Müller: „Strahlende Energie, Haut und autonomes Nervensystem". Münchener Med. Wochenschrift, Nr. 22, 1925.

— „Ueber eine gemeinsame vegetative Steuerung von Haut- und Lebergebiet". Münchener Med. Wochenschrift. Nr. 1 u. 2, 1926.
— Verhandlungen der V. Tagung für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen. Wien 1925.
Nielsen: „Klinische und aetiologische Untersuchungen über Psoriasis". Monatshefte für prakt. Dermatol. 15, II, 1892.
Nobl: „Zur Kenntnis der Psoriasis arthropathica". Archiv für Dermatol. und Syphilis, Bd. 123, 1916.
Peschel: „Psoriasis und Gelenkrheumatismus". Dissert. Berlin 1897.
Riecke: „Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten". 1920.
Silblay: Ref. im Archiv für Dermatol. und Syphilis. Bd. 122, 1918.
Stoffel: „Plattfuß und Arthropathia psoriatica". Münchener Med. Wochenschrift 1909, S. 854.
Strauß: „Psoriasis und Arthropathien". Berl. Klin. Wochen. Nr. 28, 1898.
Schuhmacher und *Lauter:* „Beitrag zur Frage der Psoriasis arthropathica". Archiv für Dermat. u. Syphilis, Bd. 147, 1924.
Waelsch: „Ueber Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkerkrankungen". Archiv für Dermatol. und Syphilis. Band 147, 1910.
Wollenberg: „Kasuistischer Beitrag zur sogenannten Arthropathie psoriatica". Berl. Klin. Wochenschrift, Nr. 2, 1909.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Adam Asperger, röm.-kath. Konfession, wurde am 12. Mai 1900 zu Tompojevci in Kroatien (S. H. S.) geboren. Seine Vorbildung erhielt er an dem Realgymnasium zu Vukovar. Die Mittelschule verließ er am 30. Juni 1920 mit der bestandenen Reifeprüfung. Sein medizinisches Studium begann er an der Landesuniversität zu Zagreb am 30. Oktober 1920. Die ärztliche Vorprüfung bestand er am 15. Mai 1923 an der Universität in München. Das 8. Semester studierte er in Wien, das 10. belegte er in Berlin, wo er 1926 am 20. September sein Staatsexamen bestand. Die Promotion erhielt er am 12. August 1927 an der Universität zu Berlin.

Allen seinen hochverehrten Lehrern sagt der Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank.